

| VACUNA                    |          | FECHA DE APLICACIÓN        | LABORATORIO | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | NOMBRE VACUNADOR |
|---------------------------|----------|----------------------------|-------------|------|----------------------|------------------|
| ANTI HEPATITIS B          | 1 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
|                           | 2 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
|                           | 3 DOSIS  | 20 OCT 2021                | WFX200008   |      |                      | Immunosalud      |
|                           | REFUERZO | CITA=20-OCTUBRE-2022       |             |      |                      |                  |
| VARICELA                  | 1 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
|                           | 2 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
| HEPATITIS A + HEPATITIS B | 1 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
|                           | 2 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
|                           | 3 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
| DPTA                      | 1 DOSIS  |                            |             |      |                      |                  |
| NOMBRE                    |          | SOLIEH UNIANA ULETA CHALES |             |      |                      |                  |

| VACUNA                       |            | FECHA DE APLICACIÓN | LABORATORIO | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | NOMBRE VACUNADOR |
|------------------------------|------------|---------------------|-------------|------|----------------------|------------------|
| TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTERICO | 1 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
|                              | 2 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
|                              | 3 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
|                              | 1 REFUERZO |                     |             |      |                      |                  |
|                              | 2 REFUERZO |                     |             |      |                      |                  |
| TOXOIDE TETÁNICO             | 1 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
|                              | 2 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
|                              | 3 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
|                              | REFUERZO   |                     |             |      |                      |                  |
| HEPATITIS A                  | 1 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
|                              | 2 DOSIS    |                     |             |      |                      |                  |
| TRIPLE VIRAL                 | 1 DOSIS    | 20 OCT 2021         | AE9CF312A   |      |                      | Immunosalud      |

| VACUNA     | FECHA DE APLICACION | LABORATORIO | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | NOMBRE VACUNADOR |
|------------|---------------------|-------------|------|----------------------|------------------|
| ANTIRÁBICA | 1 DOSIS             |             |      |                      |                  |
|            | 2 DOSIS             |             |      |                      |                  |
|            | 3 DOSIS             |             |      |                      |                  |
|            | 4 DOSIS             |             |      |                      |                  |
| VPH        | 1 DOSIS             |             |      |                      |                  |
|            | 2 DOSIS             |             |      |                      |                  |
|            | 3 DOSIS             |             |      |                      |                  |
| INFLUENZA  |                     |             |      |                      |                  |
|            |                     |             |      |                      |                  |
|            |                     |             |      |                      |                  |



## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:

[www.inmunosalud.com](http://www.inmunosalud.com)



NIT: 900.174.965-3

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801

NOMBRES: **JULETH VICIANA JULET CHOC**

DOCUMENTO: **53.107.126** TEL: \_\_\_\_\_

CHAPINERO Carrera 15 No. 51-14 Piso 2 Bogotá, D.C.

PBX 749 53 41

Cels.: 314 293 1612 - 312 416 1246

[inmunosalud@outlook.com](mailto:inmunosalud@outlook.com) - [www.inmunosalud.com](http://www.inmunosalud.com)